

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT - LA RETRAITE

N° National d'Emetteur

10 26 78

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte; je réglerai le différend directement avec le créancier.

Nom, prénoms et adresse du débiteur

Nom et adresse du créancier

GENERALI Vie 7, boulevard Haussmann 75440 PARIS CEDEX 09

Compte à débiter

Codes		Numéro du compte	Clé RIB
Etablissement	Guichet		

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Date

Signature

L

Le traitement de cette autorisation de prélèvement nécessite que toutes ses rubriques soient intégralement complétées.

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

Faculté de renonciation (art. L. 132-5-1 du Code des Assurances)

Le contractant a la faculté de renoncer au contrat objet de la présente proposition par lettre recommandée avec avis de réception, suivant modèle de lettre ci-après proposé, dans le délai de trente jours à compter du premier versement.

A défaut de remise de la proposition d'assurance ou de contrat sur les dispositions essentielles de votre contrat incluant les conditions d'exercice de la faculté de renonciation ainsi que le sort de la garantie décès en cas d'exercice de cette faculté de renonciation, le délai prévu ci-dessus est de plein droit prorogé jusqu'au trentième jour suivant la date de remise effective de ces informations.

Si des modifications essentielles, par rapport à l'offre originelle ou des réserves, ont été apportées à votre contrat, vous disposez d'un nouveau délai de renonciation de trente jours qui court à compter soit de la réception de votre contrat soit de votre accord écrit sur les modifications ou réserves apportées.

GENERALI Vie vous remboursera l'intégralité des sommes que vous aurez versées dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception de votre lettre recommandée avec avis de réception de renonciation.

Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produiront de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

En cas d'exercice de cette faculté de renonciation, la garantie décès vous restera acquise jusqu'à la date de réception par GENERALI Vie de votre lettre recommandée avec avis de réception de renonciation.

Modèle de lettre-type de renonciation

Nom et prénoms : _____

Adresse : _____

N° du contrat : _____

Montant du versement : _____

Date du versement : _____

Mode de paiement : _____

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément à la souscription du contrat d'assurance sur la vie ayant fait l'objet du versement en référence et demande le remboursement de ce versement dans les conditions définies dans la proposition.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, mes salutations distinguées.

Fait à :

, le

Signature.

Questionnaire de Santé

A ne remplir que si le rapport médical n'est pas requis



GENERALI

✓ PERSONNE A ASSURER

Qualité : M. Mme Melle

NOM PRENOMS
 DATE DE NAISSANCE CODE APORTEUR

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en cochant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par la Compagnie. D'une manière générale, pour les femmes, il est inutile de signaler les arrêts de travail pour congés normaux de maternité, le suivi médical normal de grossesse, l'hospitalisation pour maternité, la prise de contraceptif.

✓ QUESTIONNAIRE MEDICAL

* répondez par oui ou par non, pour toute réponse positive, précisez plus bas la nature de l'affection, la date de début, le traitement et les séquelles ou rechutes éventuelles

1. Souffrez-vous d'une anomalie ou malformation physique, de maladie professionnelle ou d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous : si oui, précisez plus bas	
Affections de l'appareil respiratoire (ex : asthme, emphyseme, ...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections cardiovasculaires (ex : hypertension)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections de l'appareil digestif (ex : maladies oesophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, hémorragies gastro-intestinales, colites ulcéreuses, polypes, maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas, ...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections cancéreuses	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections neurologiques ou psychiatriques (ex : dépression nerveuse, ...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections des os, des muscles et des articulations	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections du système génito urinaire (ex : coliques néphrétiques, ...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Affections endocriniennes ou du métabolisme (ex : thyroïde, diabète, cholestérol, goutte, ...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Maladies des yeux (ex : myopie forte, cécité même unilatérale, ...) et de l'acuité auditive (ex : otites, vertiges ...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
.....	
.....	
.....	
3. Etes-vous actuellement sous contrôle ou traitement médical ? (si oui, précisez)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
.....	
.....	
4. Avez-vous été en arrêt de travail de plus de trois semaines consécutives ou plus de 90 jours sur une année au cours des cinq dernières années pour maladie ou accident ? (si oui, précisez)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
.....	
.....	
5. Avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour y subir une intervention chirurgicale ou examen spécifique (en dehors des cas suivants : ablation de l'appendice ou des amygdales ou des végétations, vésicule biliaire, maternité, IVG) ? (si oui, précisez)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
.....	
.....	
6. Avez-vous fait l'objet d'examen cliniques (tests en laboratoire, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? (si oui, précisez)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
.....	
.....	
7. Avez-vous fait l'objet d'une recherche HIV ou hépatite A, B, C ou D qui aurait révélé un résultat positif ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
8. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
9. Vous a-t-on informé que vous deviez être hospitalisé (le cas échéant, à quelle date et pour quel motif) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
.....	
.....	
10. Fumez-vous ou avez-vous fumé au cours des 24 derniers mois plus de 15 cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
11. Votre poids a-t-il varié de plus de 10 kg au cours des deux dernières années ? (le cas échéant précisez la cause possible)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
.....	
.....	
12. En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	Plus de 180
Poids maximum en kilogrammes	60	65	70	75	80	85	90	95

Je confirme que toutes mes déclarations sont totalement exactes et sincères et j'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances). Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au médecin conseil de la compagnie toutes les informations d'ordre médical provenant des médecins que j'ai consultés. Je m'engage à accepter, si les médecins conseils de GENERALI Assurances l'estiment nécessaire, de réaliser un bilan de santé complet, aux frais de la Compagnie, en toute confidentialité. Je déclare être pleinement informé, que, quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, et notamment s'il est fait mention de données médicales, j'ai la possibilité de le transmettre sous pli fermé dans l'enveloppe ci-jointe au service d'acceptation médicale de la compagnie.

Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

Si ces réponses ont été adressées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou autorisé expressément et sans contrainte, la personne ayant effectué cette saisie.

Fait à....., le.....

Signature